

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

258

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert VALET

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

Né le 21 Octobre 1908, à CHATEAU-REGNAULT (Ardennes)

DES CONDITIONS
D'APPARITION DES ESCHARES
AU COURS DU DECUBITUS
ET DE LEUR TRAITEMENT

Président : TANON, Professeur

IMPRIMERIE MARCEL PICARD
140, RUE DU FAUBOURG SAINT-MARTIN, 140
PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert VALET

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

Né le 21 Octobre 1908, à CHATEAU-REGNAULT (Ardennes)

DES CONDITIONS
D'APPARITION DES ESCHARES
AU COURS DU DECUBITUS
ET DE LEUR TRAITEMENT

Président : TANON, Professeur

IMPRIMERIE MARCEL PICARD

140, RUE DU FAUBOURG SAINT-MARTIN, 140

PARIS

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL - LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ ACHARD. BEZANÇON. CARNOT. MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO. GOSSET. GRÉGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte..	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâ-
trie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (Et.) Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BULLIARD . . . Histologie.
CATHALA . . . Pathologie médicale.
CHABROL . . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT . . . Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD . . . Parasitologie.
GASTINEL . . . Bactériologie.
GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART
D'ALLAINES . Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LACOMME . . . Obstétrique.
LANTUÉJOUL . . Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{ne} J. LÉVY . Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâ-
trie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
OBERLING . . . Anatomie pathologique.
PETIT - DUTAIL-
LIS Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE . . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
SÉZARY Dermatologie et syphili-
graphie.
TROISIÈRE . . . Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLÉRY - RA-
DOT (Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU - LE -
MAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.

MM.

GUÉNIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER . . . Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL . . Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT
agrége Education physique.
FREY Stomatologie.
LEDoux - LE - Radiologie clinique.
BARD
WEIL-HALLÉ . . Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE,

Dont la vie est pour nous un exemple.

A MON PÈRE,

*Parents très chers à qui nous devons
tout. Bien faible témoignage de pro-
fonde affection reconnaissante.*

A MA FIANCÉE,

AUX MIENS,

A MES AMIS,

A MES COLLÈGUES DE L'INTERNAT DE NANTERRE,

*Qui furent pour nous de bons et
précieux amis. En témoignage d'excel-
lente camaraderie.*

A M. le Professeur TANON,
Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

*Que nous tenons à remercier du
grand honneur qu'il a bien voulu nous
faire en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. le Professeur WIDAL, *in memoriam*.

M. le Professeur GOSSET, Chirurgien de la Salpêtrière.

M. le Docteur SCHWARTZ, Chirurgien de l'Hôpital
Necker.

M. le Docteur BROUARDEL, Médecin de l'Hôpital
Necker.

M. le Docteur LESNÉ, Médecin de l'Hôpital Trousseau.

M. le Professeur LÉPER, Médecin de la Pitié.

M. le Docteur André LEMAIRE, Médecin de la Pitié.

M. le Docteur DEVRAIGNE, Accoucheur de Lariboisière

M. le Docteur TOURAINE, Médecin de Saint-Louis.

Au Docteur GUIBERT,
Chef du Service de Radiologie de l'Hôpital Necker,
Médecin légiste

*Qui fut pendant la durée de nos
études un guide paternel.*

*En témoignage de notre grande re-
connaissance et de notre respectueuse
sympathie.*

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS
de l'Hôpital Départemental de la Seine

M. le Docteur François DAINVILLE.

M. le Docteur Raymond FRANCAIS.

M. le Docteur M. LASNIER.

M. le Docteur M. SÉNÉCHAL.

M. le Docteur Jean MICHAUX.

M. le Docteur PELLETIER.

M. le Docteur ENGEL.

Hommage respectueux.

A NOTRE MAITRE

le Docteur Henri FRANCAIS,
Ancien Chef de Clinique Neurologique,
Médecin de l'Hôpital Départemental de la Seine,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*Que nous remercions très vivement
de la sollicitude qu'il nous a toujours
témoignée pendant notre Internat.*

*Nous garderons toujours un souve-
nir excellent de ses précieux conseils.
Qu'il veuille bien accepter l'hommage
de notre reconnaissance.*

Au Docteur Robert BOURGEOIS,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*En témoignage de notre respec-
tueuse reconnaissance.*

Au Docteur CHEMIN

Au Docteur GOUILLY

Au Docteur GROGNOT

A André DOMART,
Interne des Hôpitaux de Paris

A MM. COMAR,

*Qui ont bien voulu nous procurer les
éléments de leurs Laboratoires, néces-
saires à nos investigations.*

*En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance*

Au Docteur ROSIER,

Au Docteur ROMAIN,

A M. TUTIN,

*Qui nous prodigua une réelle amitié.
Nous sommes heureux de lui mani-
fester toute notre sympathie.*

INTRODUCTION

L'apparition d'eschares au cours du *decubitus acutus* constitue une complication sérieuse de l'affection qui l'engendre. Mais il est fréquent d'observer des eschares chez des malades amenés à faire un séjour prolongé au lit.

Nous avons été frappé, pendant notre passage à l'Hôpital de Nanterre, par la fréquence de ces eschares, d'une part chez les vieillards, d'autre part chez des malades prédisposés par un terrain particulièrement déficient.

Le pronostic immédiat de ces accidents n'est pas en général alarmant, mais leur survenue exige des soins d'hygiène fréquemment renouvelés et une thérapeutique patiente et bien conduite.

**

Nous rappellerons brièvement les discussions auxquelles ont donné lieu les eschares de *decubitus acutus* sans préjuger de leurs conditions d'apparition. Ensuite, nous envisagerons le terrain sur lequel il est fréquent d'observer des eschares au cours de séjour prolongé au lit, et l'influence de facteurs associés. La symptomatologie et l'évolution de ces deux types d'eschares diffèrent, comme nous nous efforcerons de le montrer, selon l'affection qui leur a donné naissance.

Dans un dernier chapitre, nous envisagerons les traitements qu'on peut opposer à l'eschare elle-même et au terrain sur lequel elle évolue.

HISTORIQUE

Il faut remonter jusqu'à CHARCOT et SAMUEL pour trouver les premiers travaux importants sur l'eschare du *decubitus*. Auparavant, KERSTENS en 1776 et WOHLLEBEN en 1777 avaient déjà traité des lésions qui nous occupent.

FABRICE DE HILDEN mentionne cette forme de gangrène de la peau. SAUVAGES et ALIBERT insistent sur l'érythème prémonitoire à l'apparition de ces eschares. NÉLATON, à propos des gangrènes en général, décrit celles qui sont consécutives à un *decubitus* prolongé et implique dans leur apparition un obstacle à la circulation capillaire. TROUSSEAU, enfin, insiste sur l'apparition d'eschares sacrées comme une des complications des plus fâcheuses de la fièvre typhoïde.

Mais c'est vraiment en 1860 que CHARCOT, dans la thèse de SAMUEL, eut en vue le *decubitus* aigu qui « se montre, à l'origine, sous la forme d'une plaque érythémateuse sur laquelle se développent rapidement des vésicules et des bulles ». Il y oppose les diverses éruptions que l'on observe au cours du *decubitus* chronique. L'évolution de ces accidents diffère suivant leur mode d'apparition. Enfin et surtout, à propos d'accidents du *decubitus acutus* survenus chez des malades atteints d'hémiplégie cérébrale, CHARCOT émet des hypothèses quant à la pathogénie de ce *decubitus* d'origine centrale.

Vers la même époque, LEYDEN et ERB, en Allemagne, mentionnent ces accidents dans leurs traités. Leur opinion sur la pathogénie de cette affection n'est pas univoque.

DEJERINE pense qu'il s'agit avant tout de lésions nerveuses (1881); ACHARD, d'un trouble tropho-infectieux; MOUTIER indique des précautions prophylactiques destinées à lutter contre l'apparition des eschares.

Puis BROCA et LEMAIRE notent l'apparition d'eschares de *decubitus* chez des malades en état de moindre résistance, diabète en particulier et alcoolisme chronique. C'est en 1892 que pour la première fois TERRIER et HARTMANN signalent l'apparition rapide d'eschares sacrées après hystérectomie vaginale. Par la suite, d'ailleurs, on remarque des cas d'eschare après opération sur le petit bassin: c'est en 1894, MORESTIN, après opération par voie sacrée; il conclut à la présence d'un terrain spécial, d'une prédisposition de l'individu.

C'est en 1895 LEGUEU, et SEGOND en 1897, qui mentionnent le *decubitus acutus* consécutif à l'hystérectomie vaginale. Pour ces auteurs l'opération la plus simple, dès l'instant qu'elle irrite les nerfs du petit bassin, est susceptible d'être suivie d'accidents sphacéliques au niveau de la région sacrée. Le *decubitus acutus* survenant après symphyseotomie n'est noté que dans les travaux de BUÉ, de Lille, en 1896, et MICHEL en 1897. Il n'est pas jusqu'à BLACKER, de Londres, qui n'ait, en 1898, signalé un cas de *decubitus acutus* après accouchement normal.

Les travaux plus récents ont surtout tendu à préciser la pathogénie de cette affection, afin de lui opposer un traitement actif.

Plus près de nous, enfin, W. SMART, de Londres, apporte dans sa thèse d'intéressantes considérations thérapeutiques.

ROUSSY et LHERMITTE, en 1918, à propos d'une eschare de *decubitus* survenue après blessure de la moelle, place l'influence des troubles trophiques au second plan.

NAYRAC et MOREL, enfin, dans une revue générale de la question, font un exposé essentiellement anatomique et pathogénique de l'eschare de *decubitus*.

CHAPITRE PREMIER

Au point de vue étymologique, l'eschare désigne la croûte brun noirâtre que constituent certaines parties des téguments et des tissus sous-jacents en voie d'élimination. Ces eschares, plus ou moins étendues, résultent de parties plus ou moins solides soumises à la pression du poids du corps dans les régions où la surface osseuse est voisine du tégument. Elles débutent par une plaque érythémateuse ou des altérations cutanées variables et aboutit plus ou moins rapidement à la plaque sphacélique.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Ainsi définie, la formation de l'eschare résulte de quatre facteurs primordiaux, l'importance de chacun d'eux variant suivant les cas :

1° Facteur mécanique, à savoir : pression du corps sur le plan du lit et substances irritantes (matières et urines) ;

2° Facteur nerveux trophique ;

3° Facteur infectieux ;

4° Facteur général lié au terrain sur lequel elle apparaît (altérations du sang) :

a) Eschares *decubitus acutus* ;

b) Eschares *decubitus* chronique.

FACTEUR MÉCANIQUE

La compression est une des causes la plus anciennement connues dans la genèse de l'eschare. ALIBERT voyait en elle la seule cause coupable. « Les métiers, les

professions, les habitudes, les travaux singuliers, peuvent influencer sur la fréquence des érythèmes qui résultent des frottements de la cuticule... Il y a toujours des inconvénients à rester toujours dans la même situation; de là cette inflammation coccygienne, qui vient si souvent compliquer les fièvres adynamiques. » Mais si le frottement est la cause de l'érythème, il n'explique pas à lui seul l'apparition des eschares. D'ailleurs, celles-ci peuvent apparaître en des points non soumis à la pression du corps, ou déborder les régions qui en sont le siège.

C'est ainsi que d'une part DEJERINE signale des eschares au niveau de la paroi abdominale, et de la face dorsale du pied. Des eschares ont pu également être observées à la face interne des cuisses et des jambes et à l'extrémité du nez: régions qui ne sont soumises ni au frottement ni à la pression.

Il est remarquable de constater la fréquence relative de l'eschare sacrée sur l'eschare talonnière, bien que la pression développée soit beaucoup plus importante au talon qu'au niveau du sacrum (NAYRAC et MOREL).

En somme, la pression n'explique que d'une façon infidèle et inconstante l'apparition des eschares. Si elle justifie l'érythème, d'autres facteurs, mécaniques ou autres, doivent déterminer son apparition.

On a voulu incriminer à ce sujet le contact des urines, des matières fécales et des draps. Tout comme dans le cas précédent, il est certain que l'incontinence d'urines ou de matières favorise l'apparition d'un érythème sacré ou trochantérien. D'ailleurs, elles ne constituent pas une condition *sine qua non*. A l'opposé, André THOMAS a signalé un cas de paraplégique, blessé de la moelle, chez lequel la cicatrisation de l'eschare était contemporaine de l'apparition d'une incontinence d'urines.

En résumé, la pression du poids du corps et la macération des tissus dans les matières fécales et les urines, et le contact des draps, conditionnent l'érythème prémonitoire mais sont insuffisants à eux seuls à expliquer l'apparition de l'eschare. On pourrait objecter que la pression cause une gêne de la circulation locale, mais, pas plus que les deux facteurs précédents, elle n'explique à elle seule l'apparition et le développement de la gangrène.

FACTEUR NERVEUX

Beaucoup plus importants sont les troubles trophiques, et CHARCOT leur a fait jouer un rôle étiologique primordial, presque exclusif. Pour cet auteur, le *decubitus acutus* serait dû à une excitation des centres nerveux ou des nerfs périphériques. Il existerait des centres trophiques de la peau au même titre qu'il en existe au niveau des cellules des cornes antérieures de la moelle pour le système musculaire. Toute la discussion est de savoir quel est leur siège. Pour MARINESCO et BRISSAUD il y aurait un équilibre trophique de nos organes et l'équilibre trophique serait assuré par une série d'arcs réflexes en connexion avec l'écorce cérébrale. Une lésion de l'un des neurones de cet arc réflexe déterminerait un déséquilibre trophique et par suite l'apparition d'une eschare. Pour ALBAHARY la nutrition cellulaire est un acte physiologie cellulaire dépendant :

des réactions nucléaires sous la dépendance elles-mêmes du système nerveux central,

mais aussi de l'apport des matières nutritives et des hormones réglé par le sympathique.

« Les cellules médullaires constituent par conséquent à la fois des centres réflexes et des centres trophiques des cellules somatiques. »

Le *decubitus acutus* peut donc relever, ou bien de troubles dans le fonctionnement de ces centres, ou bien de lésions distinctes ou associées de ces centres aux voies conductrices. On a pu reconnaître à des troubles trophiques importants (maux plantaires) une origine sympathique: l'amélioration par la résection de celui-ci en témoigne. De même des altérations sympathiques sont sans doute à l'origine d'autres troubles tels que: sclérodémie, hémiatrophie faciale.

Dans un remarquable travail sur l'eschare du *decubitus*, NAYRAC et MOREL écrivent: « La moelle joue un rôle important dans la trophicité cutanée, en particulier par la *pars intermedia* de la moelle et par le complexe cornu radiculaire postérieur; l'action s'en fait sentir certainement sur les vaisseaux, probablement aussi directement sur la nutrition de l'épithélium. »

Une autre explication faisant également intervenir le système nerveux peut entrer dans la genèse de l'eschare. Les troubles de l'innervation locale détermineraient une vaso-constriction qui, par sa persistance, entraînerait une asphyxie locale: cette asphyxie locale précéderait la gangrène, à l'instar de ce qui s'observe dans la Maladie de Raynaud.

D'ailleurs, on sait que l'on tend de plus en plus à faire jouer un rôle primordial au sympathique dans la genèse de cette affection.

En résumé, si le système nerveux joue un rôle important dans l'étiologie des eschares de *decubitus*, nous avons vu déjà le facteur prédisposant que constituait la compression mécanique. Nous allons voir maintenant le rôle incontestable de l'infection.

FACTEUR INFECTIEUX

Le rôle de l'infection est un facteur indéniable dans la production des eschares. Nous ne voulons pas parler évidemment des infections générales (septicémies diverses) qui peuvent favoriser l'éclosion de l'ulcération. Nous le reverrons, en effet, lors de l'étude du terrain sur lequel elles se développent, mais bien de l'infection locale de la région sacrée que favorise la macération dans les urines et les matières. Cette notion est d'acquisition récente et l'on conçoit que la pullulation microbienne ne peut manquer de se développer au niveau de ces tissus contrits et exposés aux germes du dehors. L'étude histologique des tissus sphacelés le prouve suffisamment comme nous le reverrons. Outre cet intérêt pathogénique, l'infection est également importante à considérer, car de son atténuation ou de sa disparition même on peut prévoir la cicatrisation de l'eschare. ROUSSY et LHERMITTE, en 1918, ont insisté longuement sur l'infection microbienne. Pour ces auteurs, même les troubles trophiques passeraient au second plan. L'infection aurait un rôle primordial dans les formes chroniques lentes et, pour eux il y aurait lieu de se demander si, du fait de la mauvaise dépense de ces téguments et organes mal innervés, l'infection n'aurait pas plus de prise et si, d'abord aseptique, l'eschare ne serait pas secondairement envahie par des germes microbiens.

CHAPITRE II

FACTEURS GÉNÉRAUX ET TERRAIN.

Quelle que soit l'importance des facteurs que nous venons d'étudier, l'on ne saurait nier l'intérêt à la fois pathogénique et pronostique du terrain général sur lequel va se développer l'affection. Nous voulons insister justement sur le rôle de ce terrain, car, loin d'entraîner une abstention thérapeutique, il devra être pris en considération dans les divers apports que l'on voudra opposer à l'apparition de ces eschares ou à leur extension.

La fréquence générale de ces eschares n'est pas très grande, nous l'avons dit, car il faut qu'un état de moindre résistance soit réalisé pour qu'elles surviennent.

L'âge lui-même ne semble pas non plus jouer un très grand rôle; de même, l'on ne peut pas incriminer plus un sexe que l'autre.

Des données ethnologiques ne peuvent pas non plus faire prévoir l'apparition plus certaine d'eschares.

Enfin, l'influence d'un climat n'a pu être, à coup sûr, démontrée.

Bien plus importantes sont les conditions que nous allons passer en revue, et il y a lieu de distinguer précisément à leur propos, comme l'avaient fait CHARCOT et SAMUEL, les eschares au cours du *decubitus acutus* et les eschares au cours du *decubitus* prolongé, qu'ils proposent d'appeler eschares de *decubitus* chronique.

Parmi les conditions d'apparition des eschares de *decubitus acutus*, il faut insister tout d'abord sur les septicémies et les maladies du système nerveux, avant toutes, affections de l'axe cérébrospinal.

La fièvre typhoïde se complique assez souvent d'eschares. Il semble qu'on les observe plus souvent au cours des typhoïdes graves, compliquées par exemple de per-

foration des voies biliaires et des formes adynamiques de l'affection. La tendance nécrotique est alors très accusée et il n'est pas rare d'observer des délabrements très importants. Outre cette septicémie, il faut citer l'apparition d'eschares au cours de méningite, de typhus exanthématique, de scorbut, de rhumatisme articulaire aigu. Dans toutes ces affections, il y a lieu de se demander si une fièvre prolongée ou intermittente n'a pu déterminer un état de moindre résistance, de déchéance physique qui favorise l'éclosion de l'eschare.

L'apparition d'eschares est également fréquente au cours des affections nerveuses: affections de l'axe cérébrospinal. On connaît la gravité et la relative fréquence des eschares dans l'hémiplégie cérébrale: l'eschare, complication d'apparition assez rapide, il faudra toujours y penser, même si le malade n'attire pas l'attention sur sa région sacrée. C'est souvent l'apparition d'une fièvre que n'explique pas l'état des poumons qui la fait découvrir. On observe aussi des eschares au cours de syphilis diffuse du névraxe, de myélite, de syndrome de Brown-Séquard et de névrites diverses, névrite sciatique en particulier, comme nous avons pu l'observer nous-même chez un jeune malade de 19 ans (Observation N° 9). Certaines affections, par leur retentissement sur l'état général, peuvent préparer un terrain favorable à l'éclosion d'une eschare. C'est le cas, par exemple, d'une intoxication chronique éthylique en particulier. Le cas de BROCA, en 1878, que nous rapportons, *in extenso*, est particulièrement instructif à ce point de vue:

*Production rapide des eschares au sacrum
chez les alcooliques (Gazette des Hôpitaux, Paris, 1878,
LI, p. 99)*

Un autre malade sur lequel je désire également appeler votre attention, est ce charretier qui est entré dans le service il y a quelques jours. Cet homme, qui est alcoolique, présentait une plaie de l'articulation du genou, produite par une roue de voiture. Dès son entrée, le genou avait été enveloppé dans un appareil ouaté et les choses allaient assez bien, lorsque le troisième jour après son arrivée à l'hôpital, le malade fut pris de *delirium tremens*. Trente-six heures plus tard, on constata un état œdémateux et phlegmoneux de la cuisse au-dessus de l'appareil ouaté. Si ce malade n'avait pas été en proie au délire, nous aurions sans doute défait l'appareil pour voir dans quel état se trouvaient les parties malades et rechercher si l'amputation du membre n'était pas indiquée. Mais comme

cette opération eut été impraticable dans l'agitation extrême où se trouvait le malade, nous avons préféré maintenir l'appareil en place.

Les jours suivants, le gonflement diminua et l'état local parut s'améliorer considérablement; on administra du vin et de l'opium et sous l'influence de cette médication, le délire cessa.

Mais malgré cette amélioration, le 12^e jour un frisson se déclara et, depuis ce moment, nous avons lieu de craindre l'infection purulente, bien que jusqu'à présent le malade n'en présente aucun signe certain.

Un autre fait remarquable dans l'histoire de cet homme, et sur lequel je tiens à appeler toute votre attention, c'est le développement rapide d'une eschare au sacrum. Le 8^e jour, en effet, on voyait à ce niveau une eschare assez large qui s'était produite sous la seule influence de la pression du poids du corps, sans qu'il y ait eu une action irritante des matières fécales ou des urines.

Ce fait, extrêmement intéressant, est propre aux alcooliques, Il est incontestablement lié à leur état d'intoxication, car dans aucune maladie, sauf dans certaines affections de la moelle, on n'observe la mortification aussi rapide des téguments sous l'influence de la seule cause que je viens de vous signaler.

De là ce précepte que je ne saurais trop vous recommander, de surveiller toujours attentivement à ce point de vue les gens soupçonnés d'alcoolisme quand ils sont forcés de garder le repos prolongé dans le *decubitus dorsal*.

Dans les troubles endocriniens, troubles hépatiques (LAIGNEL-LAVASTINE et ALAJOUANINE), diabète (BROCA et LEMAIRE), l'apparition d'eschare, sans être un fait fréquent, apporte un élément de gravité au pronostic. Il n'est pas jusqu'à une anémie même qui n'ait pu favoriser le développement d'une eschare, qu'il s'agisse d'une anémie spontanée ou d'une anémie post-opératoire.

Cette anémie, d'ailleurs, ne semble pas la seule cause suffisante à l'apparition des eschares qui ont pu être observées à la suite d'interventions sur le petit bassin: hystérectomie vaginale pour cancer utérin, résection sacro-coccygienne, opération rectale par voie sacrée, symphysectomie, accouchement même. Dans sa thèse sur le *decubitus acutus* consécutif aux traumatismes pelviens, R. SOUTRA rapporte diverses observations de ces accidents.

Septicémies diverses, affections de l'axe cérébrospinal, maladies générales et intoxications, interventions chirurgicales enfin, telles sont les conditions dans lesquelles s'observent les eschares de *decubitus acutus*.

D'après les nombreux cas d'eschares au cours du *decubitus* prolongé dont nous ne rapporterons que quelques éléments, il nous paraît nécessaire d'insister sur l'analogie de leurs terrains.

A l'hôpital de Nanterre, nous avons vu très fréquemment des vieillards, dont seule la sénilité justifiait le séjour prolongé au lit, faire des eschares que l'examen systématique seulement permettait de découvrir au début. De nombreux gâteux présentent souvent un terrain propre à l'éclosion d'eschares qui prennent, si on ne leur oppose pas d'emblée une thérapeutique efficace, une extension profonde. Chez les vieux tuberculeux, les cancéreux, les vieux rhumatisants chroniques, les tabétiques, etc., obligés au *decubitus prolongé*, on voit souvent apparaître au niveau de la région sacrée des plaies qui viennent compliquer malheureusement le pronostic de leur affection.

On sait avec quelle fréquence les vieillards font des fractures du col du fémur et combien le pronostic de celles-ci est lié étroitement à l'apparition des eschares sacrées. Aussi, personnellement, avons-nous noté dans plusieurs cas l'éclosion d'une eschare vers le dixième ou douzième jour du séjour au lit. Et il est étonnant de constater avec quelle facilité ces eschares surviennent chez ces sujets qui paraissent être mis rapidement dans un état de déficience physique par le simple fait de leur fracture. Et saurait-on trop insister sur la nécessité qu'il y a à mobiliser au plus vite tout vieillard fracturé ?

Au cours des affections médullaires, au cours des traumatismes de la queue de cheval, le séjour prolongé au lit entraîne presque fatalement l'apparition d'eschares.

Nous avons été frappé par la notion du terrain hépatique sur lequel survenait fréquemment l'eschare. Nous rapportons ici quelques observations de cirrhotiques, éthyliques anciens, chez lesquels survinrent des eschares au bout de plusieurs mois de *decubitus*. Il est à noter qu'elles apparurent surtout à la période terminale de l'affection (observation N° 6). Auraient-elles été le témoin de l'insuffisance hépatique grave et de la déficience profonde de l'organisme, ou n'auraient-elles

donné qu'un coup de fouet qui aurait hâté la terminaison?

En somme, si cliniquement, comme nous le verrons plus loin, les eschares au cours du *decubitus acutus* sont opposables aux eschares de *decubitus chronique*, quant à leur évolution, étiologiquement elles se rapprochent, survenant toujours chez des sujets en état de moindre résistance et plus particulièrement réceptifs aux infections diverses. Et leur apparition paraît être bien conditionnée par un facteur mécanique externe et par un facteur nerveux local qui pour nous jouent un rôle adjuvant, par un facteur infectieux important, il est vrai, et surtout par des facteurs généraux: le terrain, dont l'intérêt nous semble primordial.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Deux stades sont à étudier chronologiquement :

- 1° le stade de début de l'eschare ;
- 2° le stade d'eschare confirmée.

I.

Il ne s'agit alors que d'une desquamation épithéliale. Macroscopiquement, c'est une zone rouge sombre, sur laquelle peuvent apparaître des vésicules qui, le plus souvent, s'accroîtront et conflueront pour devenir des bulles, puis des phlyctènes qui crèveront et laisseront à nu le derme sous-jacent.

NAYRAC et MOREL étudièrent des préparations de tissus prélevés chez leurs malades. Ils furent frappés surtout « de ce fait que les couches épidermiques et surtout dermiques sont intéressées par la solution de continuité dans les tissus comme si elles avaient été abrasées par un instrument. On pense à ces flancs de montagne sans cesse érodés où les couches géologiques apparaissent à nu, sans qu'aucune alluvion les vienne dissimuler ».

La lésion que l'on observe est surtout une lésion de sclérose serrée par de gros trousseaux fibreux. Des auteurs précédemment cités notent que ce tissu conjonctif est très pauvre en cellules. Il n'existerait que très peu de noyaux en si peu d'abondance qu'il semble bien s'agir d'une sclérose pathologique qui s'étend en profondeur jusqu'au tissu adipeux. Les vaisseaux sont également le siège de lésions.

« Il s'agit d'une hypertrophie extrêmement prononcée des tuniques artérielles, réduisant souvent la lumière à une étoile ou à une fente. » Et ces vaisseaux semblent être plus sinueux que normalement.

Ce derme profondément dystrophie est recouvert d'un épiderme histologiquement modifié et NAYRAC et MOREL continuent leur étude en disant :

« On a noté en général que les papilles étaient plus profondes que d'habitude, largement incisées avec des vaisseaux bien visibles et un plan réticulé apparent. Cela n'est pas absolument constant : dans un cas les papilles sont relativement peu hypertrophiées et dans un autre elles sont nettement diminuées, envahies par la sclérose.

« La couche basale et le corps muqueux ont été par endroits complètement abrasés dans un cas. Dans les autres cas, ces couches montrent des cellules polyédriques bien individualisées, mais dont le noyau présente de légers troubles de la colorabilité : la chromatine ne peut être mise en évidence, le noyau se colore en masse, le nucléole seul se colore.

« Du côté des cellules de la couche cornée : l'ensemble a un aspect vacuolaire bien plus prononcé que celui qu'on observe normalement, mais surtout les cellules ne prennent pas la forme écailleuse, restent polyédriques, gardent leurs limites individuelles malgré que des signes de déchéance soient notés du côté du noyau...

« En somme, les lésions épidermiques, bien moins caractéristiques que les lésions thermiques, intéressent surtout la couche granulo-muqueuse et la couche cornée. Elles n'en témoignent pas moins à notre avis d'un trouble de la rénovation épithéliale. »

Telle est représentée histologiquement la lésion d'inflammation de la couche malpighienne, la « Malpighite », comme la dénomme GEAY dans sa thèse de Strasbourg en 1869. Ce travail inflammatoire persistant dans ses progrès, selon GEAY, la couche de Malpighi se trouve bientôt complètement détruite sous la forme d'un débris sanieux renfermant les globules épidermiques complètement méconnaissables par suite de la dégénérescence graisseuse qu'ils ont subie.

II.

NAYRAC et MOREL ont étudié, au stade d'eschare confirmée, des préparations pratiquées sur trois cas d'évolution chronologique différente, mais dont les résultats histologiques sont superposables.

« Le derme est remplacé par un tissu très polymorphe formé d'éléments conjonctifs jeunes, ronds ou fusiformes; d'éléments sanguins d'infiltration inflammatoire, lymphocytes et surtout polynucléaires; de filaments fibrineux. Ce tissu est creusé de cavités de dimensions extrêmement variables. Les unes sont de la dimension d'une cellule. D'autres sont visibles à l'œil nu ou à la loupe sur la coupe. D'autres encore font la transition entre ces deux types extrêmes. Il s'agit là de globules de graisse dont la dissolution dans les essences et réactifs qui ont successivement baigné nos préparations a été complète. Entre ces vésicules adipeuses, le tissu est un peu tassé et présente par endroits un aspect pseudo-endothélial.

« D'autre part, il faut noter la réaction hémorragique qui existe en certains points. D'abord la surface libre du *do*br ulcéré est en règle générale recouverte d'un coagulum cruorique formé de fibrine, d'hématies, le tout infiltré de polynucléaires en abondance. De plus, dans la profondeur, les suffusions sanguines sont choses fréquentes et s'infiltrent le long des cloisons qui séparent les vésicules adipeuses. Souvent, elles aboutissent à un caillot superficiel.

« Les vaisseaux sont dilatés, pleins d'un sang où les polynucléaires sont en nombre important. Leurs parois sont plutôt amincies, parfois réduites à un endothélium à noyaux bien colorables. Le vaisseau est bordé de vésicules adipeuses. »

Ainsi apparurent les signes histologiques qu'étudièrent NAYRAC et MOREL de cette « ulcération suintante, sanieuse à bords décollés » où tout autour la peau se trouve tuméfiée, bleuâtre, d'apparence phlegmoneuse en général non douloureuse.

Bactériologiquement, il fut aisé d'apprécier le degré de l'infection; la quantité de microbes observés et enre-

gistrés suit la même courbe que le processus ulcératif lui-même. Si, à la période de pré-eschare, dans la sérosité que l'on recueille au niveau des ulcérations, la pullulation n'est pas grande, elle atteint un rapide développement au stade d'eschare confirmée. On se trouve alors en présence, « en général, de cocci prenant le Gram, diplocoques ou tétragènes rarement isolés, le plus souvent en amas quelquefois très denses ou en chaînettes; le pus présente aussi de nombreux globules blancs en majorité polynucléaires, le plus souvent très altérés, à noyau flou, métachromatique par le bleu de Unna. Ces globules ne contiennent pas de corps microbiens. Souvent, entre deux globules voisins, on voit une file serrée de cocci défiler à la queue-leu-leu, comme coincés par des polynucléaires ».

Et au fur et à mesure qu'évolue dans un sens favorable la lésion, les éléments microbiens se raréfient, de même que les tissus reprennent par la suite histologiquement des caractères normaux.

Dans un stade plus avancé des lésions, stade de complications sérieuses mais rares, heureusement, le processus de mortification entraînant des délabrements importants, lorsque les tissus musculaires et les surfaces osseuses même sont complètement laissées à nu, l'anatomie pathologique en revient alors à l'observation banale de phénomènes accidentels de suppuration intense et de nécrose.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC.

La symptomatologie des eschares de *decubitus* est caractérisée, surtout au début, par la pauvreté des signes fonctionnels et des signes généraux. Il est exceptionnel, en effet, que les malades accusent des douleurs vives au niveau de leur région sacrée, qu'ils s'en plaignent même spontanément. Quant à la fièvre, elle est un symptôme trop infidèle et il n'est pas rare ou que l'évolution de l'eschare soit apyrétique ou qu'une autre cause puisse aussi bien en être rendue responsable.

Nous aurons en vue, selon CHARCOT et SAMUEL, d'opposer les deux sortes d'eschares qui surviennent les unes au cours du *decubitus acutus*, les autres au cours du *decubitus* chronique.

Nous prendrons pour type de description le cas d'une eschare survenant chez un malade atteint d'hémiplégie cérébrale au cours d'un ramollissement :

Il s'agit souvent d'un malade âgé d'une soixantaine d'années, athéromateux, chez lequel apparaît insidieusement, presque sans prodromes, une paralysie d'une moitié du corps. Cette paralysie se complète et un coma de plus ou moins longue durée peut être observé. Même si l'évolution semble vouloir être favorable, l'on redoute déjà l'apparition de complications. C'est ainsi que des soins d'hygiène rigoureux sont pris à l'égard des sphincters, que la température est notée soigneusement, les

bases pulmonaires auscultées. Dès le deuxième ou troisième jour, il faut se méfier de l'apparition d'une rougeur au niveau de la région sacrée, car elle est souvent le signe prémonitoire du développement de l'eschare et c'est à ce moment que les mesures prophylactiques auront le plus de chances d'aboutir. Rapidement la plaque érythémateuse est recouverte de vésicules: celles-ci peuvent siéger de part et d'autre de la ligne médiane, le plus souvent du côté paralysé, sans que cela ne soit une règle absolue. Le volume des vésicules s'accroît. Elles font place à des bulles dont le contenu primitivement clair peut devenir hémorragique et même trouble, puis on assiste à l'ouverture de ces phlyctènes, l'épiderme se détache et le derme est alors à nu, c'est une surface cruantée maculée de plaques plus ou moins larges de sphacèle. Ces plaques ont elles-mêmes tendance à confluer, formant une plus ou moins vaste étendue. Puis la plaque sphacélique tombe. L'ulcération a alors gagné en profondeur et va souvent devenir le siège d'une infection abondante.

L'évolution totale que nous avons décrite s'écoule dans un temps variable et parfois l'affection brûle les étapes. On est d'emblée en présence de l'eschare.

C'est une ulcération large plus ou moins profonde, à bord épais, dégénérée, hémorragique, à fonds sanieux. Sa superficie, en moyenne de la largeur d'une paume de main, peut dans certains cas s'étendre largement à toute la région sacrée et aux fesses, voire même à la région trochantérienne. La profondeur variable est souvent aggravée par les processus infectieux qui s'y développent. Fait remarquable, malgré l'importance des délabrements, la douleur est rarement très aiguë; bien plus, il n'est pas rare d'observer, débordant plus ou moins largement les limites de l'eschare, une zone d'hypoesthésie ou même d'anesthésie à la piqure. Le retentissement de cet accident sur l'état général est toujours important. Il s'agit d'un malade déjà gravement atteint et les résorptions toxiques qui se produisent au niveau de cette large plaie suppurante amènent souvent une évolution fatale. C'est pourquoi la thérapeutique devra être précoce et patiemment conduite si l'on veut avoir une évolution plus heureuse.

Dans les cas favorables, au bout d'un temps plus ou

moins long, on voit la suppuration s'atténuer sous l'influence des pansements répétés. La plaie se comble progressivement par sa profondeur. Le bourgeonnement charnu, que l'on voit parfois tempérer par des cautérisations, est suivi d'une épidermisation et il persiste une cicatrice indélébile.

Le pronostic alors est celui de l'affection primitive.

Quelques modalités cliniques sont à décrire. L'on a pu observer des formes douloureuses de ces eschares. Le malade accuse au niveau de la région sacrée des sensations de prurit, d'engourdissement ou même de tiraillements et de brûlures ayant pu entraîner l'insomnie. Nous avons signalé l'absence fréquente de signes généraux au moins au début, mais il est des cas où l'apparition d'un crochet à 38°-38°5 n'est pas autrement explicable, malgré un examen minutieux, que par le développement de l'eschare.



La symptomatologie des eschares, au cours du *decubitus* prolongé, diffère de la précédente par deux caractères essentiels :

1° Elle apparaît d'une manière d'ailleurs inconstante à la suite de troubles cutanés : éruptions variables, eczématisations et lichenification, pyodermites, chez des malades amenés à faire un long séjour au lit.

2° Ayant moins rapidement tendance à évoluer en profondeur, l'eschare convenablement traitée est d'une cicatrisation plus rapide.

Chez l'un des malades atteint de cirrhose du foie, dont nous rapportons l'observation N° 2, le séjour prolongé au lit était conditionné par l'importance de l'ascite et l'œdème des membres inférieurs. Environ un mois après son entrée dans le service, le malade attire spontanément l'attention sur sa région sacrée, qui est le siège d'une éruption érythémateuse en apparence banale. Malgré le traitement, on assiste progressivement à une ulcération de la peau. Il s'agit d'une plaie large comme une

petite paume de main, peu profonde; le fonds est rouge et parsemé de taches hémorragiques qui sont le siège d'une légère suppuration, les bords sont peu décollés. La température qui, jusque-là, avait été sensiblement normale, est montée à 38° et sa chute à la normale a coïncidé avec la guérison assez rapide de l'eschare.

Dans les quelques cas que nous avons observés, telles sont la symptomatologie et l'évolution générale de ces accidents. Pourtant, nous avons pu constater une évolution fatale. Sans que l'eschare ait présenté une grande étendue et une profondeur appréciable, son apparition a coïncidé avec l'éclosion d'accidents graves, d'accidents hépatiques (gingivorragies, hémorragies intestinales) et l'évolution, malgré les soins locaux et généraux, s'est faite vers la mort. Il semble que dans ce cas, comme nous l'avons déjà signalé, l'apparition de l'eschare ait entraîné une déchéance physique de l'organisme et une aggravation de l'insuffisance hépatique ayant déterminé la mort.



FORMES CLINIQUES

Nous avons vu quelques aspects cliniques des eschares de *decubitus acutus* au cours de l'hémiplégie cérébrale. Au cours de la fièvre typhoïde, on peut observer des eschares de *decubitus acutus*; on en a signalé surtout chez des enfants présentant des fièvres typhoïdes graves ou compliquées. TROUSSEAU insiste sur leur tendance nécrotique et leur processus ulcératif qui peut atteindre le sacrum. Le pronostic général de ces accidents est celui de l'affection qui leur a donné naissance.

Nous avons vu l'observation de BROCA sur la production rapide d'une eschare sacrée chez un alcoolique. Dans ce cas, la pression seule expliquait l'apparition d'une eschare sacrée sans qu'il y ait eu aucun trouble sphinctérien. Seul le terrain étylique pouvait expliquer le rôle prédisposant d'un accident aussi rapide.

A la suite d'interventions chirurgicales sur le petit

bassin, ou même à l'occasion d'autres interventions, des eschares sacrées ont pu apparaître dès la vingtième ou trentième heure après l'intervention. De rares signes prémonitoires l'annoncent: engourdissement ou sensation de chaleur. Parfois on observe la plaque érythémateuse qui va se sphacéler, d'autres fois la lésion est découverte en pleine période d'état, grâce à la feuille de température. La fièvre élevée à 39° est le seul signe général notable. Le pronostic ne semble pas particulièrement redoutable, la guérison étant simplement retardée de la durée de l'eschare.

L'eschare de *decubitus* chronique est une deuxième grande forme clinique de l'eschare de *decubitus*. Elle-même présente quelques aspects particuliers suivant le terrain sur lequel elle se développe.

Au cours du gâtisme, l'apparition de l'eschare n'est pas rare, entraînant avec elle un pronostic assombri.

Au cours des différentes affections nerveuses chroniques, l'apparition de l'eschare est fréquente.

Enfin, les eschares dans le diabète, dans l'hépatisme, dans la tuberculose, le cancer, chez les cachectiques, sont, lorsque le traitement n'est pas assez patient et varié, une cause aggravante.

Telles sont les formes cliniques, selon l'étiologie.

Suivant le siège: l'escharre sacrée est de beaucoup la plus fréquente. Viennent ensuite les eschares fessières et talonnières. Beaucoup plus exceptionnelles encore sont les eschares occipitales et scapulaires.

Pour terminer, signalons quelques formes compliquées d'eschares. Nous ne voulons que rappeler la septicémie, qui peut s'installer à la suite d'une suppuration particulièrement intense de la région sacrée. Il existe des formes dans lesquelles l'eschare a pu déterminer un phlegmon de la fesse. Dans d'autres cas, c'est une plaque érysipélateuse qui est apparue à partir de cette plaie, envahissant une plus ou moins grande partie des téguments.

D'autres fois, une tendance nécrotique sérieuse a entraîné une périostite des apophyses sacrées et de là une méningite puriforme ascendante par envahissement de la cavité arachnoïdienne très proche.

Nous ne parlons du diagnostic que pour insister sur son extrême facilité. En réalité, toute la question repose sur l'examen de la région sacrée. Il faudra y penser dans tous les cas, même si aucun symptôme anormal n'attire l'attention de ce côté: à plus forte raison si une dénivellation thermique n'est pas expliquée par un examen somatique minutieux.

On distinguera l'eschare:

1° D'une brûlure, diagnostic facilité par l'anamnèse;

2° Des mortifications que peuvent amener les applications de rayons X très pénétrants, mais dans ce cas l'aspect général est beaucoup plus hémorragique et surtout les douleurs atroces et l'anamnèse feront le diagnostic;

3° D'un épithélioma cutané: diagnostic parfois plus délicat. C'est une affection peu fréquente, qui a une particulière tendance à se développer sur des cicatrices que l'on peut observer à ce niveau. L'aspect macroscopique est en général plus tourmenté. L'ulcération centrale est suintante et laisse échapper des sanies roussâtres et fétides. Cette ulcération est entourée d'un bourrelet qui constitue la zone d'extension de la tumeur. L'évolution enfin est plus lente. En tout état de cause, la *biopsie* et l'examen histologique du fragment trancheront le diagnostic.

4° D'une malformation congénitale facilement découverte avant.

5° Gangrène superficielle des diabétiques. Quant aux gangrènes superficielles des diabétiques, l'on sait qu'elles peuvent réaliser des aspects de nécrose analogues à ceux des eschares de *decubitus*. Elles ont une plus grande tendance extensive en surface. D'ailleurs, l'on sait qu'il est de règle d'examiner les urines de tout malade présentant des plaies infectées n'ayant pas une tendance spontanée à la cicatrisation.

6° L'érysipèle, nous l'avons vu, peut compliquer les eschares. Il sera reconnu grâce aux caractères cliniques si particuliers de la plaque érysipélateuse, aux signes généraux qui l'accompagnent et à leur évolution cyclique.

7° Les eschares talonnières ne posent que peu de problèmes diagnostiques particuliers. Rappelons la fréquence au niveau du talon des maux perforants que leur aspect atone, les troubles de la sensibilité très marqués qui les accompagnent et les symptômes de l'affection sur laquelle ils surviennent, individualisent assez.

C'est aussi l'examen général du malade et avant tout l'oscillométrie qui font le diagnostic des eschares consécutives à l'artérite des membres inférieurs. Le siège habituel de ces accidents est plus volontiers l'extrémité du pied, les orteils en particulier, que le talon.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

L'eschare de *decubitus*, bien que souvent d'un pronostic favorable, constitue cependant une lésion trophique assez importante, même en dehors des cas où des complications sont mortelles. C'est un accident à ne jamais négliger et à rechercher fréquemment. Elle réclame surtout une thérapeutique précoce. Tous les auteurs sont d'accord pour traiter ce chapitre en deux parties: traitement prophylactique, traitement curatif. Il nous apparaît qu'il y a lieu d'insister sur une troisième question: le traitement général.

A. — PROPHYLAXIE.

D'abord, autant que faire se peut, éviter le *decubitus* prolongé. Dans de nombreux services de vieillards, il n'est pas rare d'observer que les sujets, s'ils ne sont pas soumis à une discipline stricte par le personnel, ont tendance à séjourner au lit pendant des jours et des jours sans que leur état ne les y oblige. Comme nous l'avons déjà noté dans le courant de notre exposé, on s'efforcera également de mobiliser rapidement les vieillards atteints de fracture.

Chez les « alités obligatoires », la surveillance de la région sacrée ne devra jamais être négligée. Les sujets atteints de graves affections nerveuses, d'affections aiguës ou chroniques, seront soumis à un examen quotidien. Il est tout à fait naturel de songer qu'en supprimant les causes locales plus ou moins certaines de ces plaies de *decubitus*, on fera œuvre de prophylaxie.

La compression sera rendue moins intense en changeant de temps à autre si possible le sujet de position. On s'efforcera de rendre moins résistant le plan du lit, en interposant entre le matelas et le sujet un coussin spécial en caoutchouc préalablement gonflé d'air. Certains auteurs préconisent le matelas d'air, mais ceci ne peut se faire qu'exceptionnellement et il semble bien que le coussin suffise. Ce coussin, recouvert d'une gaze fine saupoudrée de talc en cas de léger prurit commençant, sera souvent du meilleur effet.

La propreté la plus rigoureuse devra présider toujours aux soins de toilette du malade. Et il sera bon d'être averti immédiatement des déjections des gâteaux ou des incontinents, pour changer immédiatement leurs draps et procéder au nettoyage des téguments.

Il sera utile de lutter souvent contre la diarrhée fréquente de ces incontinents en leur administrant la médication constipante adéquate.

Tous ces soins, pour faciles et banaux qu'ils soient, n'entravent pas moins souvent le passage au stade de lésion confirmée, et c'est à ce moment qu'un traitement curatif local et général leur devra être opposé.

B. — TRAITEMENT CURATIF.

Beaucoup de traitements ont été proposés. Outre le nettoyage rigoureux et classique, PAUCHET recommande les pansements à plat, répétés, avec la poudre de talc, bismuth, pommade à l'oxyde de zinc, aristol, poudre de Lucas-Championnière, pommades au collargol, au baume du Pérou, etc...

On préconise le lavage de la plaie avec de l'eau oxygénée stérilisée ou du sérum physiologique, ou encore avec de la liqueur de Dakin (hypochlorure de chaux). « Lorsque la lésion est gangréneuse, les pulvérisations journalières à l'eau phéniquée donneront de bons résultats. » Et on appliquera des pansements huileux avec :

Huile goménolée à 3 0/00.

Liniment oléocalcaire.

La solution d'éther iodo-goménolée:

Goménol	200
Eucalyptol	100
Teinture d'iode	20
Ether	1.000

La solution borato-camphrée:

Borate de soude	15 gr.
Camphre pulvérisé	1 gr. 50
Eau bouillie	1.000 gr.

Les attouchements avec :

Sulfate de zinc	5 gr.
Teinture de safran	0 gr. 50
Eau distillée	1.000 gr.

Le vieux vin aromatique du Codex a également été très en faveur.

SICARD, HAGUENEAU et LICHWITZ conseillent les pansements répétés avec une solution de tryptaflavine à 1 %.

Les poudres sont souvent très employées: la poudre d'Ectogan, la poudre iodoformée de Lucas-Championnière, la poudre de Vincent, la poudre de quinquina, le sous-carbonate de fer et le dermatol.

De nombreuses pommades furent essayées. La pommade à l'insuline jouit à juste titre d'un grand prestige. Kuss voyait dans le chlorate de potasse « l'antiphlogistique de l'épiderme » et il obtint, selon GEAY, dans sa thèse de Strasbourg en 1869, à l'aide du chlorate de potasse en pommade ou en solution (1 gr. de sel pour 30 gr. d'eau) des améliorations notables lorsqu'il l'appliquait au stade de « malpighite ».

Récemment, les auteurs conseillaient l'emploi d'applications d'air chaud, de rayons ultra-violets.

Personnellement, dans le service de notre maître le Docteur Henri FRANCAIS et dans d'autres services, nous avons utilisé dans de nombreux cas la pommade au colloïdo-vaccin argentique (1). Cette pommade est à base de lysats vaccins colloïdo-microbiens argentiques, incorporés à un excipient gras et légèrement aqueux (lanoline,

(1) Cette pommade nous a été obligeamment fournie par les Laboratoires Clin

vaseline). Dans celle-ci, l'action curative du vaccin est renforcée par l'action hyperleucocytaire du colloïde métallique (électrargol). Ce vaccin polymicrobien présente une excellente efficacité contre l'infection qui se développe souvent au niveau des plaies de decubitus.

L'hyperleucocytose que provoque le colloïde hâte la réparation.

La technique à suivre dans l'emploi de cette pommade varie quelque peu suivant le stade auquel on l'utilise.

Si l'on suspecte l'apparition prochaine d'une eschare sacrée au cours du *decubitus*, qu'il s'agisse de douleurs ou de prurit, ou que l'on constate un léger érythème, l'emploi de la pommade est justifié dès cette période. Outre les soins prophylactiques que nous mentionnons précédemment, nous appliquons une couche de pommade au colloïdo-vaccin. L'influence heureuse de cette thérapeutique a été souvent notée par nous.

Lorsque au contraire la plaie est déjà constituée, l'application de la pommade doit être précédée d'une désinfection soigneuse de celle-ci. Après nettoyage méticuleux à la liqueur de Dakin, nous enduisons la région ulcérée d'une épaisse couche de pommade que nous recouvrons de compresses stériles. Le pansement, d'abord renouvelé quotidiennement, peut bientôt être laissé plus longtemps et nous avons fréquemment la surprise de constater l'amélioration importante qui s'opère de jour en jour.

Nous n'avons vu dans le service que très peu de cas d'eschares de *decubitus acutus*. Mais dans tous les cas où nous avons utilisé cette pommade, nous avons eu à nous féliciter des succès de cette thérapeutique. Nous ne rapportons que peu d'exemples ici dans quelques observations. Cependant, sur plus de cent cas d'eschares que nous avons eu à traiter, la pommade au colloïdo-vaccin a formellement, dans la totalité des cas, rendu de réels services. Si elle n'a pas toujours pu, certes, prévenir efficacement l'apparition de l'eschare, elle en a toujours, à coup sûr, limité l'extension.

Cette vaccinothérapie locale renforcée par l'action du colloïde est d'une efficacité indiscutable quand elle est pratiquée dans des conditions convenables. Le traite-

ment local ne saurait dans tous les cas faire oublier une thérapeutique générale du terrain.

C. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Nous avons suffisamment insisté sur l'importance de celui-ci et l'on devra toujours mettre en œuvre les moyens dont on dispose pour améliorer l'état physique du sujet.

Chez les vieillards, les cachectiques, les débilités, il sera bon d'instituer un traitement tonique général par la strychnine par exemple, le cacodylate de soude, etc... Certains auteurs ont pu même conseiller l'insulinothérapie, même en dehors du diabète. Chez les alcooliques et cirrhotiques, les insuffisants hépatiques, un traitement par l'opothérapie hépatique, instituée déjà au cours de l'affection, aidera souvent ces malades à lutter contre les troubles trophiques aboutissant à la formation de l'eschare.

Chez les insuffisants glandulaires, on se trouvera bien d'une thérapeutique opothérapique pluriglandulaire. Chez les anémiés, les opérés, une thérapeutique régénératrice amènera souvent d'heureux résultats.

En somme, il s'agit de cas d'espèces sur lesquels nous ne pouvons pas insister. On pourrait multiplier les exemples. Rappelons pour nous résumer que, comme nous l'avons dit, le développement de l'eschare n'est pas sans aller de pair avec une déchéance physique de l'organisme et l'on a toujours raison d'instituer conjointement une thérapeutique locale et une thérapeutique générale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I.

M. B..., charretier, âgé de 47 ans, entre dans le Service le 18 mai 1933 à la suite d'une hémorragie gastrique.

A l'examen, il s'agit d'un malade éthylique avéré accusant quatre litres de vin par jour. Ses conjonctives subictériques, ses pommettes aux varicosités nombreuses, le tremblement de ses mains, sa logorrhée, témoignent d'une imprégnation sérieuse.

L'hémorragie est survenue sans douleur. Il a rejeté une quantité de sang rouge qui peut être évaluée à deux verres. Pas d'antécédents gastriques autres que des pituites matinales.

L'examen pratiqué alors montre tous les symptômes d'une cirrhose commençante : circulation collatérale sur un abdomen ballonné, légère ascite, grosse rate.

L'état général n'est pas mauvais. Pas de gingivorragie, pas de signe du lacet, les diverses épreuves tendant à mettre en évidence l'insuffisance hépatique ne montrent pas de gros troubles.

Le malade est soumis au traitement habituel : cure de désintoxication, cholagogues légers, opothérapie (1 gr. par jour). L'évolution semble se faire favorable, lorsqu'au cours d'une épidémie saisonnière, un ictère apparaît : ictère peu foncé, s'accompagnant d'une décoloration relative des matières et de quelques signes de rétention biliaire. Le malade est gardé au lit, l'évolution de l'ictère se prolongeant. La température se maintient voisine de la normale. Au bout de six semaines de cette évolution, un léger crochet thermique fait redouter une complication.

L'examen montre alors, au niveau de la région sacrée sur laquelle rien ne semblait attirer l'attention, une plaie large comme une pièce de cinq francs, qui apparut insidieusement.

L'application rapide de la pommade au colloïdo-vaccin amène une sédation rapide des accidents et la cicatrisation se fait en cinq jours.

Quinze jours après, l'ictère disparaît progressivement. L'état général du malade s'améliore et il est envoyé en convalescence.

OBSERVATION N° II.

Mme X..., journalière de son état, 42 ans, est obligée d'interrompre son travail et entre à l'hôpital pour un œdème des membres inférieurs et un accroissement important du volume de l'abdomen.

A l'examen, on est en présence d'une cirrhose typique avec ascite volumineuse dépliant l'ombilic et quelques signes d'insuffisance hépatique (subictère, facies terreux, quelques gingivorragies). Deux jours après son entrée dans le service, l'importance du volume de l'ascite et les troubles cardiaques qu'elle engendre obligent à une ponction qui soulage temporairement la malade. La diurèse se rétablit en partie, mais l'œdème des membres inférieurs persiste, assez important. La malade est confinée à un séjour au lit et l'on assiste au niveau de son siège à l'apparition d'éruptions diverses très prurigineuses.

Un mois après la première ponction, l'ascite s'est reproduite en partie, mais surtout on constate l'installation d'une température entre 38° et 38°5, tandis que la malade accuse quelques brûlures de la région sacrée. Celle-ci est le siège d'une eschare large comme une grande paume de main, peu profonde, mais très infectée. Les pansements répétés avec désinfection et application de pommade au colloïdo-vaccin amènent en 10 jours une cicatrisation de l'eschare coïncidant avec un retour progressif de la température à la normale.

OBSERVATION N° III.

M. X..., âgé de 72 ans, retraité, est hospitalisé pour incontinence des matières et des urines. Parmi ses antécédents, on relève peu de chose. L'état général est assez bon. Le psychisme est altéré. On note une tendance à l'euphorie.

Malgré les soins méticuleux d'hygiène, on voit se développer au niveau du siège des lésions érythémateuses, et, au bout de quinze jours, l'emploi de poudres inertes n'a pu empêcher l'apparition d'une eschare. Nous la traitons suivant la méthode indiquée. L'amélioration observée n'est que transitoire en raison de la difficulté qu'on a à tenir le siège propre. La guérison s'observe seulement au bout de trois semaines.

OBSERVATION N° IV.

M. X..., ouvrier d'usine, âgé de 60 ans, entre dans le Service pour un amaigrissement qu'il évalue à 7 kilogs en deux mois. L'interrogatoire ne révèle dans les antécédents aucun trouble digestif, sauf depuis ces derniers mois, au cours desquels le malade a perdu l'appétit; les digestions étaient plus pénibles et de rares vomissements ont pu apparaître.

L'examen clinique montre en effet un malade très amaigri de déshydraté : la peau gardant les plis. L'examen de la région épigastrique semble montrer une tuméfaction profonde et peu mobilisable. L'examen des selles montre un Weber positif. Pas d'adénopathie perceptible; le foie semble un peu augmenté de volume. C'est la radio qui confirme le diagnostic en montrant une image lacunaire typique sur la grande courbure de l'estomac.

Le malade perd progressivement ses forces, quelques hémathémèses apparaissent, et il est bientôt confiné au lit.

Un mois et demi après son entrée, malgré une surveillance attentive de son siège, chez ce sujet considérablement amaigri, une eschare assez profonde apparaît, précédée d'une plaque érythémateuse. Dès le début de cet accident, nous lui faisons des pansements à la pommade au colloïdo-vaccin. Mais, en quelques jours, l'eschare est devenue assez étendue, débordant le sacrum et profonde. Nous répétons les pansements deux fois par jour et nous constatons que la cicatrisation s'opère assez rapidement. Quinze jours après, il fait une nouvelle eschare qui précède de peu la mort survenue dans la cachexie profonde.

OBSERVATION N° V.

Malade de 70 ans, dans le service depuis trois mois pour de la dyspnée d'origine cardiaque. Traitée par la cure digitalique. Ne reste au lit que pendant la visite, lorsqu'elle

présente des moments de mieux. A l'occasion de son lever, tombe de sa hauteur et se fait une fracture du col du fémur, de diagnostic évident. On la couche en remettant et en maintenant son membre inférieur en bonne position.

Vers le quinzième jour, alors que pendant l'intervalle elle refait une nouvelle crise cardiaque, la température monte à 37°5. Nous avons pourtant bien surveillé son siège, nous lui avons placé un coussin préalablement gonflé et elle était tenue dans un état de propreté soigneuse. Une érosion superficielle de la peau de la région sacrée nous apparut alors.

En dehors de la thérapeutique locale, qui consistait en pansements avec la pommade au colloïdo-vaccin, nous prescrivons de l'asseoir dans un fauteuil, et sa crise cardiaque légère, il est vrai, atténuée, nous la faisons marcher avec des aides. Pendant huit jours, même traitement local et guérison complète dès le sixième jour.

OBSERVATION N° VI.

A notre arrivée dans le Service, à l'Hôpital de Nanterre, nous trouvons une malade, Mme M..., âgée de 48 ans, traitée depuis deux mois pour une cirrhose atrophique du foie. L'état général est nettement défavorable. Les hémorragies sont fréquentes, gingivales et intestinales, le faciès est pâle et décharné; il existe un léger subictère. Au bout d'une quinzaine de jours, la malade présente quelques accidents pulmonaires : poussée aiguë sur des lésions de bronchite chronique et d'emphysème. La température s'élève entre 37°5 et 38°. A l'occasion de ces accidents, on voit apparaître au niveau du siège une petite eschare que nous traitons suivant notre méthode habituelle. Sous l'influence de cette thérapeutique, l'état local de l'eschare semble en bonne voie de guérison, mais des accidents de défaillance cardiaque et d'insuffisance hépatique progressivement croissants, amènent la mort dans le collapsus malgré la thérapeutique hépatique et tonicardiaque.

OBSERVATION N° VI bis.

Malade de 60 ans, tuberculeux fibreux. Confiné au lit. Des lésions du siège sont très accusées; mais il n'y a pas encore d'eschare. A l'occasion d'une des poussées évolutives discrètes que l'on voit fréquemment dans cette affection, l'eschare apparaît malgré le traitement préventif. La thérapeutique par la pommade au colloïdo-vaccin amène la guérison en 15 jours.

OBSERVATION N° VII.

Mme X..., âgée de 57 ans, entre le 2 janvier sur certificat de son médecin traitant qui la soigne depuis une quinzaine de jours.

Cette dame nous apprend que, depuis trois semaines, elle a vu son ventre augmenter rapidement de volume. Jusqu'à cette époque elle n'avait, dit-elle, jamais été malade. C'est donc insidieusement, au cours d'une santé apparemment bonne, que s'est installée l'affection pour laquelle elle s'est fait aujourd'hui hospitaliser.

Dans son enfance, on ne relève aucun fait pathologique important. Elle est réglée normalement à 13 ans. Elle se marie à 21 ans. Fait à 22 ans une fausse couche de 2 mois. Deux ans plus tard, une nouvelle fausse couche de 4 mois. Elle a une troisième grossesse qui se termine avant terme à 8 mois et perd deux mois plus tard cet enfant de méningite. Elle devient veuve à 36 ans, n'ayant jamais pu avoir d'autres enfants. Son mari est mort à l'âge de 40 ans après un ictus.

Elle ne peut rien préciser sur ses antécédents personnels, et ne peut dire de quelles affections sont morts son père et sa mère. Elle a deux sœurs mariées, ayant des enfants tous en parfaite santé.

Nous sommes en présence d'une personne amaigrie, le visage excavé, les yeux cernés de bistre, les conjonctives ictériques. Les membres et le thorax amaigris et grêles font un contraste frappant avec son abdomen qui fait une très forte saillie arrondie en avant.

On ne constate pas de circulation veineuse collatérale. On note sur son tégument la peau grisâtre, sèche, ichtyosique par endroit, de larges ecchymoses à la face externe des cuisses et au niveau de la face externe des genoux, quelques taches rubis disséminées sur l'abdomen et le thorax. Par ailleurs, on ne note rien au niveau de son revêtement cutané.

Ses membres sont hypotoniques et permettent des mouvements passifs d'extension et de flexion dépassant les limites ordinaires. Sa peau est sèche au toucher et les masses musculaires très diminuées de volume. Son abdomen est tendu, donnant l'impression de rénitence à la main qui palpe. On n'obtient pas au niveau de l'hypocondre droit la sensation du glaçon, on ne provoque pas de douleurs à ce niveau. La palpation de la rate est impossible du fait de la tension de la paroi.

La percussion permet de délimiter une zone de matité dont la limite forme une concavité à limite supérieure. La zone sonore occupant l'épigastre et descendant jusqu'à l'ombilic. Ces diverses zones de matité et de sonorité changeant de place suivant la position de la malade.

Les bruits du cœur sont normaux, réguliers. Le pouls
12
est à 78. La T. A. = —. Les poumons sont normaux.

9

L'examen des réflexes tendineux montre une absence complète de réflexes rotuliens, achilliens et patellaires. Il n'y a pas le signe de Babinsky. Au membre supérieur, les réflexes sont présents. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

L'examen des yeux montre : une irrégularité du contour des pupilles; absence complète du réflexe à la lumière avec conservation du réflexe à l'accommodation à distance.

La température est à 36°9. Le volume des urines est de 250 cc. Albumine 0. Sucre 0. Pigments et sels ÷. Urobiline ÷. La réaction de Vernes pratiquée dans le sang indique : $\Sigma = 39$.

En raison des signes cliniques, ascite avec subictère sans circulation collatérale, signe d'Argyll avec areflexie des membres inférieurs d'une part, et de la réaction de Vernes positive pour la syphilis, on institue un traitement mercuriel. La malade reçoit 3 injections intraveineuses de cyanure de mercure qui augmentent un peu la diurèse à 500 cc. A partir de ce moment, il est impossible de continuer le traitement par voie intraveineuse en raison de la fragilité des veines qui laissent sourdre un hématome à la ponction veineuse.

La voie intraveineuse n'étant plus possible, on donne à la malade des suppositoires à l'onguent napolitain, quodiniennement un suppositoire de 0,05 pendant 8 jours. Au bout de ce temps, la malade est prise d'une très forte diarrhée séreuse, en même temps qu'elle perd ses urines sans le vouloir. L'état général décline, la fièvre s'allume à 38°, 38°5, en même temps que la malade se met à tousser et à cracher. L'examen de ses poumons montre de nombreux râles de bronchite généralisée. Le volume des urines recueillies s'abaisse à quelques 100 cc. par jour. L'incontinence des urines et des matières est complète et oblige à changer la malade plusieurs fois par jour de linge et de drap. La malade attire l'attention sur sa cheville droite. En effet, au niveau de la malléole externe droite, se trouve

un placard rouge violacé, la peau amincie est chaude. La zone rouge circulaire a une limite périphérique arrêtée net sans zone de transition avec la peau voisine de couleur normale. En faisant retourner la malade, on aperçoit les mêmes placards ayant le même aspect et les mêmes caractères à la face postérieure du trochanter droit. Au niveau du sacrum et des ischions, on trouve de petites ulcérations à fond plat peu creusées, à bords arrondis, irréguliers, certaines recouvertes d'une légère pellicule blanche.

On ordonne le lavage de ces ulcérations au vin aromatique et le saupoudrage à la poudre de Lucas Championnière, et la mise en place d'un rond en caoutchouc.

Au bout de quelques jours, aucune amélioration locale; la bronchite s'accentue, la malade est en proie à une toux incessante lui ôtant tout sommeil et tout repos. L'expectoration muco-purulente augmente et atteint deux crachoirs par 24 heures. L'état général décline. La diarrhée est incoercible, l'incontinence des urines absolue. A ce moment, nous proposons le pansement des eschares à la pommade au colloïdo-vaccin, en même temps que nous soignons la bronchite au moyen de capsules de Phosphotal : 6 pilules à 0,20 par jour.

Actuellement, 10 jours après avoir mis en œuvre cette thérapeutique, nous constatons : la cicatrisation complète des eschares sacrées, ischiatiques, trochantériennes et mal-léolaires.

La toux est moins fréquente, l'expectoration est réduite à un demi-crachoir par 24 heures de crachats fluides, surtout muqueux. La sédation de la température à 37°; une reprise de l'état général qui nous permet de reprendre la thérapeutique spécifique dirigée contre la syphilis hépatique de notre malade.

OBSERVATION N° VIII.

Mlle X..., ouvrière d'usine, âgée de 19 ans, entre dans le service le 14 février pour de violentes douleurs siégeant à la partie postérieure de la cuisse droite, allant depuis le creux poplité jusqu'à l'articulation sacro-iliaque.

La malade nous apprend que, 10 jours auparavant, le 4 février, elle a eu une légère grippe avec température à 38°5-39°, malaises, céphalée; elle s'est alitée et a été prise 48 heures après d'une forte dysphagie. Un médecin appelé à ce moment a constaté, dit-elle, une forte angine. Malgré les soins, cette angine a persisté et, le 10 février, elle a

commencé à ressentir des douleurs sous forme d'engourdissements et d'élancements à la partie postérieure de sa cuisse droite.

Jusqu'à cette époque, la malade dit n'avoir jamais eu de maladies importantes. Elle n'a jamais eu de maux de gorge auparavant. Dans son enfance, la rougeole est la seule maladie retrouvée. Elle a été réglée normalement à l'âge de 13 ans.

Cette jeune fille grande, bien développée, bien formée, a pendant toute la durée de notre interrogatoire tenu sa main droite sous sa région trochantérienne droite, en même temps qu'elle prend une attitude latérale gauche de façon à reporter le poids de son corps à gauche. Elle ne cesse de gémir et de se plaindre et, en nous voyant nous apprêter à l'examiner, nous demande de ne pas la toucher, le moindre contact avec sa cuisse droite étant très douloureux. Avec beaucoup de précautions, nous arrivons à faire exécuter la plupart des mouvements passifs de l'articulation coxo-fémorale. Cependant, la manœuvre de Lassègue montre l'impossibilité de faire étendre complètement la cuisse sur le bassin, la jambe étant en extension sur la cuisse.

La manœuvre de Bonnet nous montre l'impossibilité de placer le membre dans l'abduction maxima. Du côté droit, tous ses mouvements sont possibles, mais doivent être exécutés avec douceur pour éviter la répercussion sur l'articulation sacro-iliaque. Les mouvements actifs sont limités et difficiles à droite, normaux à gauche.

La recherche des points douloureux montre une douleur bien localisée, s'étendant depuis l'ischion jusqu'au creux poplite. En outre, toute la partie supérieure du membre est hypersensible au simple contact. Les réflexes tendineux achilliens sont normaux des deux côtés; les réflexes tendineux rotuliens sont : faible à droite, normal à gauche.

Au niveau de la gorge : l'isthme du gosier, avec les piliers, le voile et la luette très rouges, les amygdales très rouges avec quelques petits points pultaux facilement détachables avec l'abaisse-langue; en outre, les amygdales sont

très augmentées de volume. Le cœur est normal. T. A. —.

Pouls à 80.

Les poumons sont normaux. Le foie et la rate sont normaux. La température est à 37°5.

Nous instituons un traitement salicylé et, 48 heures après, pas d'amélioration notable.

Nous constatons alors, au niveau du bord externe du sacrum et à hauteur du bord supérieur du ligament sacro-sciatique, une plaque érythémateuse assez large, diffuse, à bords indécis, avec en son centre une petite ulcération sertie d'un liséré rouge plus vif, et recouverte d'une très mince pellicule blanchâtre. Nous ordonnons l'application de compresses imbibées de Dakin au 1/3 de façon à détacher la petite fausse membrane, et l'application consécutive de pommade au colloïdo-vaccin étendue sur une compresse maintenue en place au moyen de rubans de leucoplaste.

La thérapeutique antiinfectieuse générale, et de la gorge, est maintenue. Dès le lendemain, la malade accuse spontanément une sédation des douleurs, et l'on peut lui faire exécuter passivement les mouvements avec plus d'amplitude qu'à son arrivée. 4 jours après, la zone inflammatoire sacrée a disparu et l'ulcération se cicatrise. L'angine a régressé. 8 jours après, en même temps que les douleurs dans le membre ont complètement disparu et tous les mouvements actifs et passifs redevenus normaux, l'angine est terminée et l'ulcération sacrée tout à fait cicatrisée. La malade sort guérie le 1^{er} mars.

OBSERVATION N° IX (DARGET).

Le malade, âgé de 73 ans, rétentionniste infecté, présentait une azotémie de 2 gr. 34.

Une cystostomie est pratiquée d'urgence sous rachianesthésie avec cinq centigrammes de Sclérocaïne.

Deux jours après, apparaît au niveau du sacrum une eschare tellement importante, à évolution si rapide, que le squelette était mis à nu.

Malgré l'état général grave du malade, cette eschare évolua pourtant vers la guérison.

OBSERVATION N° X (DARGET).

Le malade est âgé de 75 ans; il a subi sous anesthésie locale un an auparavant une cystostomie pour rétention d'urines infectées avec azotémie. Cette première intervention ne s'est accompagnée d'aucune excoriation des téguments, malgré un séjour assez prolongé au lit, dans le decubitus dorsal.

Une prostatectomie est pratiquée après rachianesthésie (cinq centigrammes de Sclérocaïne); vingt heures après

cette intervention faite au moment choisi, en dehors de toute azothémie et de toute infection, le malade présente une large eschare noirâtre de la dimension d'une paume de main, au niveau des téguments sacrés, avec anesthésie certaine en ce point. L'eschare évolua du reste rapidement vers la mort du malade par infection généralisée.

L'auteur insiste sur le fait que la solution injectée pour la rachianesthésie ne renfermait pas d'Adrénaline.

OBSERVATION N° XI (R. SOUTRA).

Malade âgée de 43 ans, entre le 31 mars 1926 à l'Hôpital Broca, dans le service de M. le Professeur Jean-Louis FAURE, pour hémorragies et fatigue générale.

Antécédents : Malade réglée à 13 ans, régulièrement, mais les règles sont souvent douloureuses.

En 1905, elle est opérée pour appendicite. Mariée à 17 ans, une fille bien portante et une fausse couche à 28 ans. Depuis cette époque, les règles seraient devenues plus douloureuses, abondantes et irrégulières. Enfin, la malade perdait du sang en abondance depuis un an, et ressentait de vives douleurs dans le bas ventre qui se mit à augmenter de volume.

Vers la fin de février, les pertes sont tellement abondantes que la malade se décide à entrer dans le service le 31 mars.

A l'examen, on est en présence d'une femme obèse avec gros ventre. Le toucher combiné au palper est difficile, mais permet cependant de sentir un utérus assez volumineux, de consistance dure. Le col est mou.

Cœur, poumons et reins sont normaux.

On note une légère anémie et quelques varices aux membres inférieurs.

L'intervention est pratiquée le 3 avril 1926 par MM. BOSSE et BLUM. Laparotomie sous-ombilicale.

Hystérectomie subtotale : 2 pinces à demeure.

Fermeture de la paroi avec crins et agrafes. Drainage avec une mèche.

Le 5 avril, ablation des pinces. Température 39°.

Le 6 avril, ablation d'une mèche et, en tournant la malade, on trouve une eschare de la largeur d'une petite

paume de main, siégeant sur la fesse gauche, près de la crête sacrée. La malade accusait déjà une sensation de cuisson; la température s'élève à 39°5.

Les jours suivants, l'état général est bon, et la température baisse à 37°8.

Le 9 avril, ablation d'une mèche. Le 18 avril, la malade fait un peu de congestion pulmonaire et les points lâchent, dans un effort de toux. Eviscération nécessitant une nouvelle suture aux fils de bronze.

Le 29 avril, température 39°5. Le 7 mai, la température est redescendue à 38°. Ablation d'un fil. L'eschare diminue.

Enfin, le 25 mai, guérison totale et sortie de la malade.

OBSERVATION N° XII (LEROY).

Mme X..., âgée de 46 ans, entre le 29 mars 1926 à l'Hôpital Broca, dans le service du Professeur Jean-Louis FAURE, pour fibrome et appendicite.

La température est de 37°6 à l'entrée.

Le toucher combiné au palper permet de sentir un gros utérus faisant saillie surtout à droite.

Le 3 avril 1926, MM. LEROY et THEILLIER opèrent la malade. Anesthésie générale au mélange de Schleich.

Une laparotomie médiane, sous-ombilicale, fait tomber sur un volumineux fibrome développé surtout à droite et ayant tendance à s'enfoncer dans le ligament large.

L'appendice apparaît logé dans l'espace séparant le ligament rond du pédicule utéro-ovarien.

On procède alors à une appendicectomie suivie d'hystérectomie subtotala avec péritonisation du moignon.

Un drain est mis en place dans le ligament large droit où menace de se constituer un petit hématome. Suture suivant la technique habituelle.

Les jours suivants, on ramène un peu de sang par aspiration dans le drain. Mais le pansement est très souillé de sang.

Le troisième jour après l'intervention, le drain tombe et son expulsion est suivie de l'issue de caillots abondants. Ils proviennent d'un hématome de la paroi siégeant entre le péritoine et l'aponévrose. Température 39°. Les gaz passent et la malade a même des selles régulières; cependant, elle présente des troubles cérébraux (elle a été autrefois internée).

On pratique deux injections d'extrait d'ovaire.

Le quatrième jour, la malade fait une eschare sacrée massive à marche brutale; la température monte à 39°3, puis l'hématome s'infecte. Le neuvième jour, on décide d'intervenir à nouveau. L'hématome est très infecté, d'odeur putride, la paroi a cédé et une anse intestinale est sous la peau. Cependant il n'existe pas de péritonite.

L'examen du cul-de-sac de Douglas ne révèle qu'un peu de liquide de Mickuliz. Fermeture partielle.

Le onzième jour, 36 heures après la dernière intervention, la malade meurt infectée, sans péritonite (température 40°), de septicémie, malgré des injections d'Electrargol, de sérum antigangréneux et d'opolsine.

CONCLUSION

Nous voyons après ce rapide exposé qu'il y a lieu d'insister comme l'avait fait BROCA sur l'opposition entre les eschares de *décubitus acutus* et celles qui surviennent après un séjour prolongé au lit, dites de *décubitus chronique*.

Les conditions qui président à l'apparition de ces deux sortes d'eschares ne sont pas les mêmes, mais, dans les unes comme dans les autres, l'on ne saurait nier l'influence primordiale que joue le terrain : nous avons essayé de montrer que l'apparition et le développement de l'eschare étaient contemporains d'une déchéance physique contre laquelle tout devra être mis en œuvre.

L'évolution et le pronostic de ces eschares s'opposent aussi : l'eschare de *décubitus* aigu survient précocement, son développement est rapide et sa réparation demande souvent des semaines. Son pronostic passe au second plan de l'affection qui l'a engendré. L'eschare de *décubitus* chronique, au contraire, apparaît insidieusement après une longue période de troubles cutanés. Souvent son développement est lent et elle a peu de tendance à évoluer en profondeur. Dans les cas favorables, sa réparation se fait plus vite. Son pronostic, à l'opposé, nous a semblé plus sévère. Elle survient en effet chez un malade très diminué, coïncidant dans la règle avec une chute de la résistance physique. Le degré d'infection qu'elle entraîne n'est pas sans réagir sur un état général déjà très déficient.

Le traitement sera toujours être précoce et patiemment conduit. Prophylactique, lorsqu'il est possible, ses résultats seront rapidement heureux. Curatif, il exigera des soins d'hygiène locale et l'application d'antiseptique. Dans l'un et l'autre cas, il sera indispensable d'améliorer l'état général.

Vu : *Le Doyen*,
ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse*,
TANON.

Vu et permis d'imprimer :

CHARLÉTY.
Le Recteur de l'Académie de Paris,

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et LÉRI. — Troubles trophiques de la peau et de ses annexes. (*Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert*, t. VIII, 1901.)
- ALBAHARY. — Le mécanisme nerveux dans le processus nutritif. (1911, Maloine, Paris.)
- B. JOSEPH. — Decubitus. Insulin in treatment of non-diabetic bedsores. (*Ann. Surg.*, 92 : 318-319, August 1930.)
- BROEN (de). — Des lésions du décubitus et de leur traitement. (*Arch. méd. belges*, Bruxelles, 1871, 2^e série, XIII.)
- BROWNE (T.). — On the formation and prevention of bedsores in nervous diseases. (*Lancet*, Lon., 1883, 1.631.)
- BROCA (P.). — Production rapide des eschares au sacrum chez les alcooliques. (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1878, LI, p. 99.)
- CHARCOT (J.-M.). — Note sur la formation rapide d'une eschare à la fesse du côté paralysé dans l'hémiplégie récente. (*Archives de Physiologie*, Paris, 1868, I, p. 308-314.)
- CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de médecine, t. IX.
- CLAUDE et CHAUVET. — Séméiologie réelle des sections totales des nerfs mixtes. Troubles trophiques cutanés. (Maloine, 1911.)
- COLIN (L.). — Tumeur sarcomateuse de la colonne vertébrale; décubitus aigu, suite de compression brusque de la moelle. (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1873, VIII.)
- DARGET. — Sur deux cas d'eschares sacrées massives consécutives à une rachianesthésie. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 52, 27 décembre 1925, page 821.)
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1880.
- DEJERINE (J.). — Séméiologie des affections du système nerveux, tome II.
- GARTNER (A.). — Ueber den decubitus. (Berlin, 1872.)
- GEAY (E.). — Essai sur les gangrènes par décubitus. (*Thèse de Strasbourg*, 1869.)
- KERSTENS (J.-C.). — De gangrèna a decubitus optimaque eam præcavendi et depellendi methodo. (Kiel, 1776.)
- LAIGNEL-LAVASTINE et ALAJOUANINE. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, XXXVII, 1921.
Journal de Physiologie et de Pathologie générale.
- LEGUEU (F.). — Des eschares sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale. (*Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, Bordeaux, 1895.)

- LIND (J.-E.). — The treatment of bedsores. (New-York, M. d. etc., 1915.)
- MARIE (P.) et ROUSSY (G.). — Sur la possibilité de prévenir la formation des eschares dans les traumatismes de la moelle épinière par blessures de guerre. (*Bull. de la Société de Médecine de Paris*, 18 mai 1915.)
- MICHEL (D.-A.-H.). — Le décubitus acutus comme complication de la symphysiotomie. (*Thèse de Paris*, 1896-1897.)
- MOUTIER (F.). — Troubles trophiques in. (*Pratique neurol. de P. Marie*, Paris, Masson, 1911.)
- NAYRAC (P.) et MOREL (J.). — Recherches sur l'eschare de décubitus. (*Revue de Médecine*, Paris, 43 : 1265-1303; 1926.)
- PAUCHET (V.). — Comment éviter l'eschare sacrée? (*Archives t. I*, vol. II, mars 1928, p. 130.)
- PAUCHET (V.). — Comment éviter l'eschare sacrée? (*La Clinique*, avril 1927.)
- ROUSSY et LHERMITTE. — Blessures de la moelle et de la queue de cheval. (1918, Masson.)
- ROUTIER (A.). — Décubitus aigu; eschares sacrées à la suite d'hystérectomie vaginale pour pyosalpinx. (*Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1897, XXIII, p. 178.)
- SEGOND (P.). — Le décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale. (*Revue de Gynécologie*, 3 déc. 1925; *Revue neur.*, 1925, II, p. 778.)
- SICARD, HAGUENEAU et LISCHWITZ. — Trypaflavine et eschares du décubitus. (*Soc. de Neurologie*, 3 déc. 1925; *Revue neur.*, 1925, II, p. 778.)
- SMART (C.-W.). — Bedsores; their prevention and cure. (London, 1916.)
- SOUTRA (R.). — Du décubitus acutus consécutif aux traumatismes pelviens. (*Thèse de Paris*, 1926.)
- THÉSÉE. — Décubitus acutus. Complication possible de l'hystérectomie vaginale.
- TOUZE (A.). — Des dermatopathies et des derminécroses sacrococcygiennes. (*Thèse de Paris*, 1853.)
- TROUSSEAU. — De l'eschare au sacrum et des accidents qui peuvent en résulter. (*Moniteur des Sciences médicales et pharm.*, Paris, 1859, VII, p. 26-35.)
- VAISSEAU. — Contribution à l'étude des eschares de décubitus et de leur traitement. (*Thèse de Bordeaux*, 1927-1928.)
- WOHLBEN. — De gangrena generatim et in specie de illa quae est partim externarum a decubitu. (Vienne, 1777.)

